



# ANTRAG AUF REHABILITATIONSAUFENTHALT

Von dem/der Versicherten (Antragsteller/in) in allen Teilen auszufüllen (Zutreffende Felder bitte ankreuzen ☒)

## Antragsteller(in)

Familienname(n)	Titel	Vorname(n)	SV-Versicherungsnummer				Polizzenummer		
Patient(in)									
			Lfd.Nr.	Tag	Monat	Jahr			
Anschrift:					Telefon Nr.:				

Ärztliche Stellungnahme (Zutreffende Felder bitte ankreuzen ☒)

für \_\_\_\_\_ Tag | | | | | | | | | | Tag Monat Jahr  
 \_\_\_\_\_ Familienname(n) \_\_\_\_\_ Vorname(n) männlich weiblich  
 Geburtsdatum

Aktuelle Vorgeschichte - soweit antragsrelevant  
 (Beginn, Arbeitsunfall, Berufserkrankung, Privatunfall, Vorbehandlung sowie Spitalsaufenthalte und Operationen mit Datumsangabe)

Antragsrelevante Diagnose

Befunde (allenfalls als Beilage angeschlossen) Größe \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_ RR \_\_\_\_\_  
 a) maßgebliche Befunde und Funktionseinschränkungen für das vorzuschlagende Verfahren

b) andere wichtige Hinweise (zur Rehabilitation)  
 Nebenerkrankungen, Geisteskrankheiten, Sucht, ansteckende Krankheiten wie HIV, TBC und sonstige, andere medikamentöse Behandlung

Rehabilitation  stationär  ambulant in \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/> Bewegungs-/Stützapp./Rheumat. Formenkreis
<input type="checkbox"/> Herz-/Kreislauf	<input type="checkbox"/> Neuro-/Chirurgie/Unfall
<input type="checkbox"/> Onkologie	<input type="checkbox"/> Psychiatrie/Psychosomatik
<input type="checkbox"/> Stoffwechselsystem	<input type="checkbox"/> Sonstige _____

Hinweis:  
 Der vorgeschlagene Ort wird nach Möglichkeit berücksichtigt; medizinische Notwendigkeiten sind jedoch vorrangig.

Patient(in)  
 benötigt Diät nein  ja  Art \_\_\_\_\_  
 ist gefährlich nein  ja  mit Hilfsmittel nein  ja  Rollstuhl nein  ja   
 benötigt Begleitperson nein  ja  für die Anreise  für den Aufenthalt   
 benötigt fremde Hilfe (waschen, anziehen usw.) nein  ja   
 benötigt Transport nein  ja  Rettungswagen mit Sanitäter  ohne Sanitäter

\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift und Stempel des/der Arztes/Ärztin bzw. der Krankenanstalt

Von der/dem Versicherten bzw. der gesetzlichen Vertretung auszufüllen (Zutreffende Felder bitte ankreuzen ☒)

Meine persönlichen, insbesondere meine gesundheitsbezogenen, Daten werden zum Zweck der Aufnahme in einer Rehabilitationseinrichtung an die Aufnahme stelle einer in Frage kommenden Rehabilitationseinrichtung oder an eine befugte und entsprechend autorisierte Koordinationsstelle (z.B. Zentrales Bettenmanagement) einer Gruppe von Rehabilitationszentren übermittelt. Die Übermittlungsempfänger werden mir auf meine Anfrage hin von [UNIQA] mit Name und Anschrift bekanntgegeben. Meine Daten werden von der Koordinationsstelle ausschließlich zur Sicherstellung der geeigneten Aufnahme verwendet und nach dem Ende derselben unverzüglich gelöscht. Ich bin hiermit über meine Rechte auf Richtigstellung, Löschung und Auskunft sowie das jederzeitige Recht auf Widerruf der Datenübermittlung und -verarbeitung aufgeklärt worden. Der Widerruf kann an die Email-Adresse peter.kritscher@uniqa.at gerichtet werden.

ich bin einverstanden  
 ich bin nicht einverstanden

\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift des/der Versicherten bzw. der gesetzlichen Vertretung

Vom Versicherungsträger auszufüllen (Zutreffende Felder bitte ankreuzen ☒)

Rehabilitaion  stationär  ambulant  bewilligt  abgelehnt

für: \_\_\_\_\_ Tage/Wochen Aufenthaltsort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift und Stempel UNIQA